

**AXA Versicherung AG**Versicherungsagentur für Flugsport – FlyInsure GmbH Kössen  
6345 Kössen, Österreich, Dorf 2, Telefon: +43-(0)5375-5314, E-Mail: axa@flyinsure.eu**Comp&Holiday – Special – FS/HG/PG  
Luftfahrthaftpflicht- und Unfallkostenversicherung****Antrag** nach den derzeit geltenden Allg. und allfälligen Besonderen Versicherungsbedingungen**Versicherungsnehmer**

Titel, Zuname		Vorname	
Straße, Hausnummer, Tür		Land, PLZ, Ort	
Staatsbürgerschaft	Geburtsdatum	Telefon	
e-Mail-Adresse			

**Haftpflichtversicherung – Versicherungsdauer 1 Jahr:**

Haftung als Halter von Fallschirmen, nicht motorisierten Para- und Hängegleitern, einschließlich Wettbewerbsrisiko	€ 1.500.000,--
(zumindest aber)	SZR 750.000,--
Ausfallschäden (ohne vorangegangene Personen- oder Sachschäden)	€ 12.000,--
Unfallbedingte Bergelkosten bei Para-, Hängegleiter bzw. Fallschirmspringer-Unfällen (Personenbergung)	€ 10.000,--
<ul style="list-style-type: none"><li>• für EU-Bürger/EWR/UK/Schweiz: weltweite Deckung (ausgenommen USA, US-Territorien und Kanada)</li><li>• für andere Nicht-EU-Bürger: EU/EWR-Territorium, UK und Schweiz, aber erweitert auf FAI/CIVL anerkannte Wettbewerbe weltweit (ausgenommen USA)</li></ul>	

**Unfallkostenversicherung – für die Dauer eines FAI/CIVL-Wettbewerbs oder Urlaubs, maximal 4 Wochen**

unfallbedingte Heilkosten und Kosten für kosmetische Operationen	€ 10.000,--
unfallbedingte Rückholkosten	€ 10.000,--
Höchstentschädigung je Schadenereignis (Wenn eine der obigen Positionen nicht oder nicht voll in Anspruch genommen wird, erhöht sich der Betrag für die andere Position anteilig bis maximal zu dieser Höchstentschädigung.)	€ 20.000,--

**Versichertes Luftfahrzeug (Einzelsitzer)**

	<input type="radio"/> Paragleiter	<input type="radio"/> Hängegleiter	<input type="radio"/> Fallschirme
Type	Baujahr	Seriennummer	

**FAI/CIVL-Wettbewerb**

Name und Ort	Zeitraum des Wettbewerbs oder Urlaubs (max. 4 Wochen)
--------------	---

**Einmalprämie (inkl. VersSt)**

€ 253,--

Zahlung im Voraus mit Kreditkarte oder Paypal an axa@flyinsure.eu (**zuzügl. € 10,- Gebühren**)

Kreditkartennummer	Ablaufdatum	CVC Nummer
--------------------	-------------	------------

<b>Versicherungsbeginn:</b> Tag/Monat/Jahr / /	<b>Laufzeit:</b> 1 Jahr	V 08/2025
<b>Ort/Datum</b>	<b>Unterschrift</b>	